

Actualités de la corticothérapie inhalée dans le traitement de l'asthme chez l'enfant : traitement continu ou à la demande ?

Current information on inhaled corticotherapy in the treatment of asthmatic children: Daily versus intermittent therapy?

A. Carsin*, M. Baravalle, J.-C. Dubus

Service de médecine infantile, hôpital Timone-Enfants, 264, rue Saint-Pierre, 13005 Marseille, France

Reçu le 29 janvier 2016 ; accepté le 2 février 2016

Disponible sur Internet le 15 mars 2016

Mots clés : Traitement ; Corticothérapie inhalée ; Asthme ; Enfant

Keywords: Treatment; Inhaled corticotherapy; Asthma; Children

1. Introduction

L'administration quotidienne de corticoïdes inhalés est le traitement de fond de l'asthme de l'enfant pour prévenir les exacerbations et atteindre le contrôle quotidien des symptômes. Depuis quelques années, la corticothérapie inhalée intermittente en fonction des symptômes est attrayante pour les patients asthmatiques. En effet, dans la pratique, certains enfants ne reçoivent qu'un traitement intermittent car l'observance n'est pas toujours optimale, les interruptions sont fréquentes, et certains médecins eux-mêmes ne prescrivent les corticoïdes inhalés qu'en cas d'exacerbation. Cette option est-elle justifiée pour l'enfant ?

2. Traitement de l'asthme persistant léger

Les recommandations précédentes classaient la sévérité de l'asthme en fonction de l'intensité des symptômes, du niveau de l'obstruction, et de la variabilité de la fonction respiratoire en 4 catégories : intermittent, persistant léger, modéré et sévère [1]. Cependant, la principale limite de cette méthode était la faible valeur prédictive de la nécessité d'un traitement et de la réponse au traitement. La sévérité est à présent basée sur l'intensité du traitement nécessaire pour contrôler l'asthme du patient après le traitement des co-morbidités et l'optimisation

des techniques d'inhalation et de l'adhésion [2]. Ainsi, l'asthme léger est un asthme qui est contrôlé avec un traitement régulier par de faible dose de corticoïdes inhalés. Les corticoïdes inhalés en monothérapie ont montré une efficacité supérieure par rapport aux autres traitements comme les anti-leucotriènes [3].

Une nouvelle approche de traitement à la demande est apparue dans l'hypothèse de réduire la quantité de corticoïdes inhalés, les éventuels effets indésirables et d'améliorer l'adhérence au traitement [4,5].

3. Traitement en continu

Une revue Cochrane de 2013 [6] reprend 4 études regroupant 828 enfants. La durée des études était de 12 à 52 semaines. L'objectif principal était d'évaluer le recours aux corticoïdes oraux en cas d'exacerbation. Les critères secondaires étaient le nombre d'exacerbation nécessitant une hospitalisation ou une visite aux urgences, le contrôle de l'asthme, les marqueurs d'inflammation et les effets indésirables. En comparant avec les enfants traités par corticothérapie intermittente, ceux traités par corticothérapie en continu présentaient :

- l'absence de différence en nombre d'exacerbation nécessitant une corticothérapie orale ;
- un meilleur contrôle de l'asthme à la fois sur le nombre de jour sans symptômes et le nombre et la quantité de prise de bêta2 mimétiques ;

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : ania.carsin@ap-hm.fr (A. Carsin).

- une fraction de NO exhalé plus basse suggérant un état d'inflammation plus faible ;
- une baisse de la croissance de la taille (0,41 cm de différence entre les 2 groupes [0,13–0,69]) ;
- une absence de différence dans la survenue des effets indésirables, dans la qualité de vie, le recours à l'hospitalisation, la consultation aux urgences. La corticothérapie intermittente était associée à une croissance de taille plus élevée.

L'analyse globale plaide en faveur du traitement au long cours par rapport au traitement à la demande.

4. Faut-il intensifier les doses en cas d'exacerbation ?

Une étude Cochrane de 2010 [7] a porté sur l'intensification des doses de corticoïdes inhalés au cours des exacerbations. L'augmentation des doses de corticoïdes inhalés au moment d'une exacerbation ne montrait pas de bénéfice sur l'exacerbation en particulier, pas de réduction de prise de corticoïdes per os. Chez l'adulte, multiplier par 4 la posologie en cas d'exacerbation pourrait se révéler efficace. En revanche, chez l'enfant, il n'est pas recommandé de doubler la dose de corticoïdes inhalés en prévention lors d'une exacerbation.

5. Traiter de façon intermittente est-il mieux que de ne pas traiter ?

Une revue Cochrane de 2015 [8] a voulu comparer l'efficacité et les risques des corticoïdes faibles doses de recours versus placebo. Chez le grand enfant, il y avait une réduction du risque d'exacerbation chez les enfants traités par les corticoïdes inhalés (OR 0,59 [0,29–1,12]). Chez les enfants d'âge préscolaire, l'utilisation de corticoïdes de recours dès le début des symptômes d'asthme a diminué de moitié la nécessité de prise de corticoïdes oraux (OR 0,48 [0,31–0,73]). Le traitement par corticoïdes inhalés de recours a entraîné également une amélioration sur les symptômes nocturnes et diurnes. Il n'y avait pas de différence en termes d'hospitalisation. Pour tous les patients, aucun effet indésirable significatif n'a été mis en évidence. Compte tenu du faible nombre de patients inclus, des études complémentaires sont nécessaires.

6. Qu'entraîne l'arrêt des corticoïdes inhalés à faible dose ?

Une méta-analyse de 2013 [9] étudie le risque de survenue d'exacerbation lors d'arrêt de faible dose de corticoïdes inhalés

versus poursuite de ce traitement chez des patients asthmatiques âgés de plus de 6 ans. L'étude conclut que parmi 4 patients qui arrêtent les corticoïdes inhalés à faible dose devant un asthme contrôlé, un patient va présenter une exacerbation dans les 6 mois suivant l'arrêt. Cette exacerbation est liée à l'arrêt des corticoïdes inhalés. L'interruption estivale des corticoïdes inhalés pratiquée régulièrement est déconseillée et serait responsable des exacerbations du mois de septembre.

7. Conclusion

Selon les connaissances actuelles, l'utilisation d'une corticothérapie inhalée intermittente pour le traitement de l'asthme n'est pas recommandée. La corticothérapie au long cours à faible dose au long cours reste le traitement de référence de l'asthme persistant léger chez l'enfant.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] 2002 Original: Workshop Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention Variants GINA [Internet]. [cited 2016 Jan 20]. Available from: http://www.ginasthma.org/documents/5/documents_variants/21.
- [2] GINA [Internet]. [cited 2015 Sep 11]. Available from: <http://www.ginasthma.org/>.
- [3] Chauhan BF, Ducharme FM. Anti-leukotriene agents compared to inhaled corticosteroids in the management of recurrent and/or chronic asthma in adults and children. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;5 [CD002314].
- [4] Kelly HW, Sternberg AL, Lescher R, Fuhlbrigge AL, Williams P, Zeiger RS, et al. Effect of inhaled glucocorticoids in childhood on adult height. *N Engl J Med* 2012;367:904–12.
- [5] Williams LK, Peterson EL, Wells K, Ahmedani BK, Kumar R, Burchard EG, et al. Quantifying the proportion of severe asthma exacerbations attributable to inhaled corticosteroid nonadherence. *J Allergy Clin Immunol* 2011;128 [1185.e2–1191.e2].
- [6] Chauhan BF, Chartrand C, Ducharme FM. Intermittent versus daily inhaled corticosteroids for persistent asthma in children and adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;2 [CD009611].
- [7] Quon BS, Fitzgerald JM, Lemièrre C, Shahidi N, Ducharme FM. Increased versus stable doses of inhaled corticosteroids for exacerbations of chronic asthma in adults and children. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (12).
- [8] Chong J, Haran C, Chauhan BF, Asher I. Intermittent inhaled corticosteroid therapy versus placebo for persistent asthma in children and adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;7 [CD011032].
- [9] Rank MA, Hagan JB, Park MA, Podjasek JC, Samant SA, Volcheck GW, et al. The risk of asthma exacerbation after stopping low-dose inhaled corticosteroids: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Allergy Clin Immunol* 2013;131:724–9.